

表2 評価時期とDUP長短による多重比較検定の結果

	0ヶ月時		6ヶ月時		12ヶ月時		18ヶ月時		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
PANSS陽性									
DUP短群 (n = 31)	22.4	6.6	11.2	4.5	10.5	4.0	9.6	3.4	0M > 6M, 12M, 18M
DUP長群 (n = 22)	18.0	5.0	10.6	3.2	10.4	3.8	10.6	3.8	0M > 6M, 12M, 18M
	p < .01		n.s.		n.s.		n.s.		
PANSS陰性									
DUP短群 (n = 30)	18.8	7.4	15.4	6.1	15.3	6.8	13.5	6.6	0M, 6M, 12M > 18M
DUP長群 (n = 22)	18.8	6.8	17.0	7.2	15.6	8.0	15.5	6.1	
	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.		
WHOQOL26平均									
DUP短群 (n = 29)	3.0	0.6	3.3	0.6	3.4	0.6	3.6	0.6	12M, 18M > 0M; 18M > 6M
DUP長群 (n = 21)	2.8	0.7	3.1	0.6	3.2	0.5	3.2	0.6	12M > 0M
	n.s.		n.s.		n.s.		p < .05		
SCoRS評価者全般評価									
DUP短群 (n = 23)	4.4	1.9	2.9	1.8	3.0	2.0	2.7	2.0	0M > 6M, 12M, 18M
DUP長群 (n = 19)	4.5	2.5	3.5	1.9	3.5	2.0	3.3	1.9	
	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.		
SFS合計									
DUP短群 (n = 29)	110.9	25.5	115.0	22.6	115.9	20.2	121.5	21.3	
DUP長群 (n = 22)	99.1	26.6	110.5	23.2	111.1	26.4	116.7	30.7	18M > 0M
	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.		

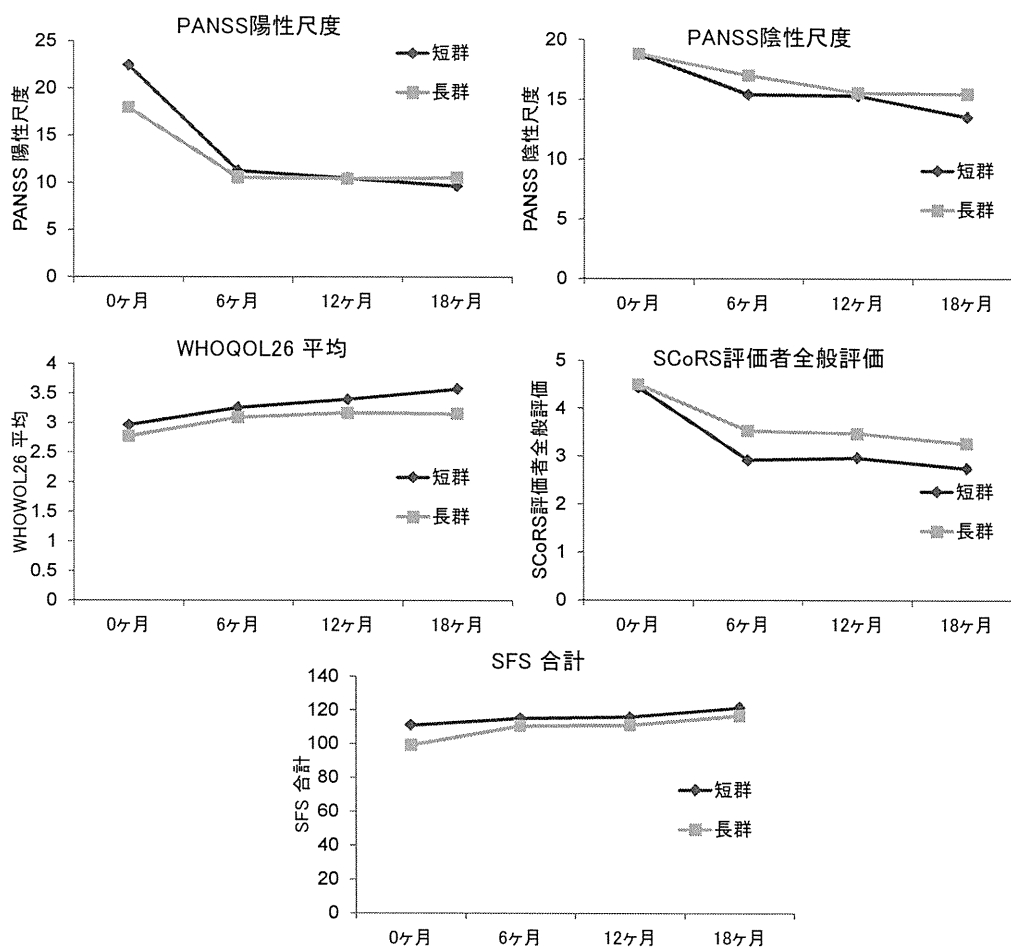


図1 評価時期とDUP長短による多重比較検定の結果

表3 評価指標間の積率相関係数

PANSS陽性(n = 53)	DUP	0ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
DUP対数	—	-.33 *	.07	.10	.10
0ヶ月		—	.30 *	.20	.13
6ヶ月			—	.73 **	.56 **
12ヶ月				—	.59 **
18ヶ月					—
PANSS陰性(n = 52)	DUP	0ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
DUP対数	—	.01	.23	.16	.18
0ヶ月		—	.47 **	.52 **	.52 **
6ヶ月			—	.88 **	.85 **
12ヶ月				—	.88 **
18ヶ月					—
WHOQOL26平均(n = 50)	DUP	0ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
DUP対数	—	-.37 **	-.32 *	-.32 *	-.34 *
0ヶ月		—	.47 **	.49 **	.36 **
6ヶ月			—	.59 **	.45 **
12ヶ月				—	.75 **
18ヶ月					—
SCoRS評価者全般評価(n = 42)	DUP	0ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
DUP対数	—	.10	.25	.28	.24
0ヶ月		—	.55 **	.36 *	.32 *
6ヶ月			—	.76 **	.63 **
12ヶ月				—	.89 **
18ヶ月					—
SFS合計(n = 51)	DUP	0ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月
DUP対数	—	-.45 **	-.31 *	-.29 *	-.23
0ヶ月		—	.69 **	.58 **	.56 **
6ヶ月			—	.77 **	.72 **
12ヶ月				—	.67 **
18ヶ月					—

QOLに関しては、ほぼすべての評価時点において、DUPが長いほどQOLが低いという相関関係が見られた。DUPが短い場合、治療開始とともに徐々にQOLが改善していくのに対して、DUPが長い場合はQOLの改善があまり見られなかった。初回評価時から継続して、DUPが長いほどQOLが低いという結果は、Marshallら(2005)の

レビュー結果と同様であった。早期に介入することで、将来的なQOLの改善が見込めるだろう。

社会機能に関しては、ほぼすべての評価時点において、DUPが長いほど社会機能が低いという相関関係が見られた。しかし、治療後も社会機能の変化はほとんど見られず、初回評価時とほぼ同様の値であった。

これは、初回評価時における調査対象者の社会機能が高かったために、変化が見られなかったことが考えられる。日本語版 SFS を作成した根本ら（2008）の研究では、統合失調症就労群、統合失調症非就労群、健常群を対象に SFS を評価しており、健常群、就労群、非就労群の順番に社会機能が高いことを報告している。本研究の調査対象者は、統合失調症就労群と同水準の社会機能を示しており、社会機能が比較的高い水準で保たれていることが考えられる。

本研究の限界について述べる。本調査は、現在もフォローアップを継続しており、解析対象となったデータは登録患者の一部である。研究当初から継続して調査に参加可能な患者が、解析対象に多く含まれている可能性がある。そのため、比較的状态の優れた患者が多く含まれている可能性がある。今後も、長期的なフォローアップ調査を続けることで、これらのバイアスの可能性が縮小されると考えられる。

E. 結論

統合失調症の早期発見・早期介入をすることにより、社会機能の低下を防止し、QOL の将来的な改善が見込まれる。また、陰性症状と認知機能に関しては、現時点では有意差が認められなかったが、早期発見・早期介入をすることにより、治療後の改善度に違いが見られることが予想される。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著・訳者 氏名	訳書タイ トル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
水野雅 文監訳、 小林啓 之訳	サイコー シス・リス ク シンド ローム 精神病の 早期診断 実践ハン ドブック	Thomas H. McGlashan, Barbara C. Walsh, Scott W. Woods	The Psychosis-Risk Syndrome: Handbook for Diagnosis and Follow-up.	医学書院	東京	2011	312
高橋 努, 鈴木道雄	アットリス ク 精神状態 の脳画像	松下正明	精神医学キーワ ード辞典	中山書店	東京	2011	564-566
鈴木道雄	統合失調症 早期病態の 脳画像研究	富山大学大学 院生命融合科 学教育部	富山大学大学院 生命融合科学教 育部テキスト(平 成23年度版)	富山大学	富山	2011	36-39
下寺信次	心理教育と家 族援助	大野裕	うつ病治療ハン ドブック	金剛出版	東京	2011	226-233
下寺信次	第3章 C. 心 理教育	山内俊雄 小島卓也他	専門医を目指す人 の精神医学	医学書院	東京	2011	267-269
下寺信次	第15章 237 心理教育	松下正明	精神医学キーワー ード事典	中山書店	東京	2011	660-661
下寺信次	患者や家族へ のわかりやす い心理教育	笠井清登 岡本泰昌他	精神科研修ノート	診断と治 療社	東京	2011	234-235
下寺信次	45. うつ状態	日本医師会学 術企画委員会	症状からアプロ ーチするプライマ リケア	日本医師 会	東京	2011	215-218
松本和紀、 大室則幸	発症リスク 状態	松下正明	精神医学キーワ ード事典	中山書店	東京	2011	190 -192

松本和紀	精神障害の 早期介入	松下正明	精神医学キーワ ード事典	中山書店	東京	2011	759-762
松岡洋夫、 松本和紀	統合失調症の 幻覚妄想	堀口淳	脳とこころのプラ イマリ・ケア 第 6巻幻覚と妄想	シナジー	東京	2011	30-38
松岡洋夫	合失調症の発 症過程と認知 機能	山内俊雄	精神疾患と認知機 能；最近の進歩	新興医学 出版	東京	2011	.3-10

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Niimura H, Nemoto T, Yamazawa R, Kobayashi H, Ryu Y, Sakuma K, Kashima H, Mizuno M.	Successful aging in individuals with schizophrenia dwelling in the community: A study on attitudes toward aging and preparing behavior for old age.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	65	459-467	2011
Hiroyuki Kobayashi, Takahiro Nemoto, Masaaki Murakami, Haruo Kashima, Masafumi Mizuno.	Lack of association between psychosis-like experiences and seeking help from professionals: A case-controlled study.	Schizophrenia Research	132	208-212	2011
Naohisa Tsujino, Takahiro Nemoto, Taiju Yamaguchi,	Cerebral blood flow changes in very-late-onset schizophrenia-like psychosis with catatonia before and after successful treatment: a case report.	Psychiatry and Clinical Neurosciences	65	600-603	2011

Naoyuki Katagiri, Nao Tohgi, Ryu Ikeda; Nobuyuki Shiraga, Sunao Mizumura, Masafumi Mizuno.					
小林啓之、水 野雅文	早期介入による予後改善	精神医学	53	137-142	2011
村上雅昭、水 野雅文、藤井 千代、Antonio Mastroeni、高 橋佳代、稲井 友理子	“こころのバリアフリーな 街”を目指して 北イタリア 地域精神医療最新事情	明治学院大学 社会学部附属 研究所年報	41	93-105	2011
水野雅文	これからの精神科地域ケア のあり方	臨床精神医学	40	547-550	2011
武士清昭、水 野雅文	メンタル面に問題がありそ うな患者の診察	診断と治療	99		2011
辻野尚久、水 野雅文	統合失調症治療の最前線	ファルマシア	47	829-832	2011
新村秀人、根 本隆洋、佐久 間啓、水野雅 文	地域生活における「幸齢化」 をめざして	精神神経学雑 誌	113	380-386	2011
水野雅文	サービスモニターの考え方	精神科臨床サ ービス	11	440-443	2011

Ikeda M., Aleksic B., Kinoshita Y., Okochi T., Kawashima K., Kushima I., Ito Y., Nakamura Y., Kishi T., Okumura T., Fukuo Y., Williams H.J., Hamshere M.L., Ivanov D., Inada T., Suzuki M., Hashimoto R., Ujike H., Takeda T., Craddock N., Kaibuchi K., Owen M.J., Ozaki N., O'Donovan M.C., and Iwata N.	Genome-wide association study of schizophrenia in a Japanese population	Biol. Psychiatry	69	472-478	2011
Itoh T., Sumiyoshi T., Higuchi Y., Suzuki M., and Kawasaki Y.	LORETA analysis of three-dimensional distribution of delta-band activity in schizophrenia: Relation to negative symptoms	Neurosci. Res.	70	442-448	2011
Orikabe L., Yamasue H., Inoue H., Takayanagi Y., Mozue Y., Sudo Y., Ishii T., Itokawa M., Suzuki M., Kurachi M., Okazaki Y., and Kasai K.	Reduced amygdala and hippocampal volumes in patients with methamphetamine psychosis	Schizophr. Res.	132	183-189	2011
Takahashi T., Zhou S.Y., Nakamura K., Tanino R., Furuichi A., Kido M., Kawasaki Y., Noguchi K., Seto H., Kurachi M., and Suzuki M.	Longitudinal volume changes of the pituitary gland in patients with schizotypal disorder and first-episode schizophrenia	Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry	35	177-183	2011

Takahashi T., Zhou S.Y., Nakamura K., Tanino R., Furuichi A., Kido M., Kawasaki Y., Noguchi K., Seto H., Kurachi M., and Suzuki M.	A follow-up MRI study of the fusiform gyrus and middle and inferior temporal gyri in schizophrenia spectrum	Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry	35	1957-1964	2011
Takayanagi Y., Takahashi T., Orikabe L., Mozue Y., Kawasaki Y., Nakamura K., Sato Y., Itokawa M., Yamasue H., Kasai K., Kurachi M., Okazaki Y., and Suzuki M.	Classification of first-episode schizophrenia patients and healthy subjects by automated MRI measures of regional brain volume and cortical thickness	PLoS ONE	6	e21047	2011
中村主計, 高橋 努, 鈴木道雄	早期統合失調症と脳の形態変化	精神科治療学	26	1421-1426	2011
鈴木道雄	統合失調症の早期介入と脳画像診断	日本精神科病院協会雑誌	29 (別冊)	35-40	2011
鈴木道雄, 高橋 努, 川崎康弘, 中村主計, 高柳陽一郎	統合失調症における脳の構造画像マーカー	精神科	18	506-512	2011
高橋 努, 鈴木道雄	早期精神病における脳の形態変化	日本生物学的精神医学会誌	22	15-20	2011
高橋 努, 鈴木道雄	統合失調症圏のMRI研究	最新精神医学	16	269-273	2011
Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, Fujita H, Furukawa TA, Inoue S	Family psychoeducation for major depression: randomized controlled trial.	Br J Psychiatry	198	385-390	2011
Kinoshita Y&Shimodera S, Nishida A, Kinoshita K, Watanabe N, Oshima N, Akechi T, Sasaki T, Inoue S, Furukawa TA, Okazaki Y	Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents.	Schizophrenia Research	126	245-251	2011

Qin L, Shimodera S, Fujita H, Morokuma I, Nishida A, Kamimura N, Mizuno M, Furukawa TA, Inoue S	Duration of untreated psychosis in a rural/suburban region of Japan.	Early Intervention in Psychiatry	in press		2011
Shimodera S, Shimazu K, Nishida A, Kamimura N, Fujita H, Inoue S, Furukawa TA	Author's reply to Parthasarathi Biswas.	Br J Psychiatry	199	165-166	2011
下寺信次	統合失調症の家族心理教育～現場でいかに実践するか～, 統合失調症に対する心理社会的治療および研究, 第10回日本認知療法学会シンポジウム	認知療法研究	4	117-118	2011
下寺信次	思春期の精神障害の疫学と精神疾患の早期介入, 現代の思春期例をどう診るかII	精神科治療学	26	677-680	2011
下寺信次, 藤田博一, 河村葵	うつ病の心理教育ポイントとコツ	Medical Practice	28(10)	1827-1830	2011
Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y, Shimazu K, Nishida A and Inoue S	Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: Results from a randomized controlled trial	BMC Psychiatry	in press		2012
Ikeda M, Alexic B, Yamada K, Matsuo K, Numata S, Watanabe Y, Ohnuma, Kikano T, Fukuo Y, Okochi T, Shimodera S(11 th of 20)	Genetic evidence for association between NOTCH4 and schizophrenia supported by a GWAS follow-up study in a Japanese population	Molecular Psychiatry	in press		2012

Oshima N, Nishida A, Shimodera S, Ando S, Yamasaki S, Okazaki Y, Sasaki T	The suicidal feeling, self injury and mobile phone use after lights out in adolescents	J of Pediatric Psychology	in press		2012
松岡洋夫	若者のメンタルヘルスケアに向けて：精神病の早期介入研究から見えてきたこと	精神経誌	114 (3)	303-309	2012
小野慎治, 黒滝直弘, 木下裕久, 小澤寛樹, 今村明	【脳の機能と統合失調症-新たな診断と治療への展望-I】 コピー数変異と統合失調症	精神科治療学	26 (1)	1387-1393	2011
木下裕久, 野畑宏之, 野中俊輔, 久保達哉, 磨井章智, 黒滝直弘, 小澤寛樹,	初発統合失調症患者に対するクエチアピン単剤の有用性 至適用量を考慮して	新薬と臨床	60 (12)	2476-2482	2011
田山達之, 渡邊尚子, 木下裕久, 金替伸治, 黒滝直弘, 小澤寛樹	【症状性を含む器質性精神障害の症例】 関節リウマチに対し投与した抗IL-6受容体抗体が精神病症状の出現に関与したと考えられた1症例	臨床精神医学	40 (10)	1387-1390	2011
Ota T, Iida J, Sawada M, Suehiro Y, Kishimoto N, Tanaka S, Nagauchi K, Nakanishi Y, Yamamuro K, Negoro H, Iwasaka H, Sadamatsu M, Kishimoto T	Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test	International Journal of Psychiatry in Clinical Practice	in press		
太田豊作, 飯田順三, 岸本年史	成人の広汎性発達障害における補助診断ツールの意義	精神神経学雑誌	113 (1)	1137-1144	2011
澤田将幸, 飯田順三, 根来秀樹, 太田豊作, 岸本年史	発達障害の事象関連電位とNIRS	児童青年精神医学とその近接領域	52 (4)	417-420	2011

IV. 研究成果の刊行物・別刷

I. 序

特集

これからの
精神科地域ケア
—統合失調症を中心に—

これからの精神科地域ケアのあり方

水野雅文

Key words: 地域ケア (community care), 統合失調症 (schizophrenia), ソーシャル・インクルージョン (social inclusion), 倫理 (ethics)

1 はじめに

精神科における地域ケアは、特にわが国においては入院治療に相對するものとして、あるいは脱施設化後のサービスのあり方として捉えられ、論じられてきた。統合失調症に対するケアの場が、入院中心ではなく地域中心のものであるべきことは今更論を待たない。欧米では、半世紀以上も前から脱施設化が実行され実現されてきた。しかしアメリカの脱施設化は大量のストリートピープルを生み出したし、イタリアでは当初旧精神病院の建物の中に多くの生活者が留まらざるを得なかった。脱施設化を唱えるのは簡単であるが、住居の確保ひとつも実は困難である。保険点数は全国均一でありながら、利用できるあるいは用意できるサービス内容や技能は、施設差も地域差も大きい。

統合失調症の治療論においては、今日では身体疾患同様に予防の概念にまで立ち入った早期介入の議論も活発になされている。地域ケアのあり方をめぐってわが国の事情に適合する成熟したサービスの確立が期待されている。

2 ソーシャル・インクルージョンを達成するネットワーキング

わが国の地域ケアの議論は、長期入院者を社会へ戻す、復するという概念で組み立てられてきた。今も長い入院生活をしている人が多数いることを

思えば、極めて重要でかつ喫緊の課題であることは間違いない。だがここで、これからの精神科地域ケアを考える時、そろそろ早期発見、早期介入を軸に、社会から引き剥がされない仕組みで支えられた地域ケアモデルを考えていく必要があるように思う。

欧米では、近年の社会福祉の再編にあたって、社会的排除(失業、低所得、粗末な住宅、高犯罪率、劣悪な健康状態や家庭崩壊などの緒問題を抱えた個人や地域)に対処する戦略として、その中心的政策課題のひとつにソーシャル・インクルージョン(社会包摂)を挙げている。ソーシャル・インクルージョンは、「全ての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」という理念である。2000年12月に当時の厚生省でまとめられた「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」では、社会的に弱い立場にある人々を社会の一員として包み支え合う、このソーシャル・インクルージョンの理念を進めることが提言されている¹⁾。

障碍の形成過程を前方視的に考えれば、発症早期の時点からの包括的サービスと、包摂することは自明とする洗練された社会の確立が望まれることは述べるまでもない。病いを得てしまった時に、医療機関を受診するだけでなく、ある1カ所のサービスへ行くだけで、適切なあるいは必要とさ

What the community care in psychiatry really be from now on

MIZUNO Masafumi 東邦大学医学部精神神経医学講座 (〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1)

れるであろう医療・保健・福祉サービスの所在を知ることができるワンストップサービスのような仕掛けも求められるだろう。ファーストコンタクトを容易にすることは、疾病の未治療期間(DUP)の短縮や治療脱落を防ぐだけでなく、社会的孤立をも防ぐ。

かねてから福祉サービスは最重症者をモデルとして整備していけば、より軽症者にもそのメリットが届くと考えられている。しかし精神障碍においては例外も多い。就労支援事業には、入院経験は一度もない若い精神障害者がハローワークを通じて多数応募してくるといふ。軽症でありながら一般就労はできない者への個別的支援は始まったばかりである。軽度の認知機能障害がその人の社会生活にどれほどの困難をきたしているか、そのリハビリテーションの戦略と技法には、精神医学的ないし神経心理学的視点が不可欠である。発症したての若者を、病を抱えつつも地域社会の中に引きとどめる工夫が必要であり、福祉に丸投げでは済まされない課題である。

3 地域ケアにおける臨床倫理

地域化推進をめぐるさまざまな議論や実践を振り返る中で、わが国において検討不十分な課題として、臨床倫理の問題を挙げざるを得ない。地域化推進の医療上の合理性や財政上の課題が大きすぎ、倫理的検討の余地が入りこむ隙間を与えていなかったともいえよう。

地域化に伴う倫理的課題は多い。例えば、今日再び関心を集めているチーム医療の主軸となる多職種チームによるサポートは、医学的な合理性には富むものの、容易に想像できるように守秘義務(confidentiality)には極めて脆弱な構造である。アウトリーチで用いられる理想的な多職種チームには、守秘義務を負わない非医療職の援助者の参加も求められるが、それらが地域をベースにしたものであれば、個人情報や噂話のリソースになる恐れがある。特に対象者がより重度で、住民に危険を及ぼす可能性がある場合など、いわゆるモラルパニックさえ呼びかねず、スティグマの助長や非同意入院の増加を招く。平時においてさえ近隣

との関わりは容易に噂話やスティグマの対象になるが、今回のような有事の避難所や地域での連携を強めなければならない時には、一層この課題があらさまになる。

地域ケアが進めば、地域社会は精神科医に他者保護をめぐる役割も期待しかねない。タラソフ事件にみるように、誰に対してどのような危険があるかが特定される場合は、医師がその他者を保護する義務があることは社会通念に照らしても明らかかな場合もあるが、誰に対して起こるかが特定できない場合には判断がより難しくなる。そのような状況の中で発揮される医学的なパターンリズムの問題は、医師の慈善心と患者の自律性を丁度よい形とバランスで医師患者関係に持ち込むことが求められるだろう。しかしこれは極めて複雑な問題でありしばしば倫理的矛盾も生じてくる。地域ケアの場面で時として父権的介入を行うには、このように不確かな葛藤に直面できる成熟した理念を持ち、かつ優れた判断ができるスタッフが求められる。

昨今、保護者制度が強制治療との関係の中で議論されている。欧米における地域化の成功には、救急体制の整備やリハビリテーション推進のための資源の充実とともに、一方で司法精神病院や強制治療の歴史があったことにも十分な理解が必要である。退院した患者が、市民社会の中で自立した存在であり続けるためには、自立を尊重しつつ強制的医療をシステムとして残さざるを得ないという、一見矛盾した倫理的視点が複雑に絡み合っ得られる微妙なバランスが必要欠くべからざるものである。市民社会における精神障碍(者)への偏見は根強い。大震災後のような困難きわまる時においてさえ、スティグマはあらゆる場面で顕在し発揚される。地域化や個別的な治療関係の維持はその推進以上に困難があり、不要不急の入院や外来通院も含む安易な管理的強制治療の実行によってその理念はたちまちに歪められてしまうことには十分な注意が必要である。

こうした社会システム上ともいえるべき脆弱性に対して、治療を受ける側の権利にも着目した事前指示(advance directives)や共同危機対応計画(joint crisis plans)についての議論を始めるべき時

期に来ている。

4 超高齢社会における地域ケア

次に取り上げたいのは、迎え入れる側の人口構造の変化である。人口の都市集中傾向は、世界的現象でありわが国とて例外ではない。人口の一極集中はすなわち選挙民の集中であり、その結果としてもたらされる都市の外縁の切り捨ては医療をはじめとする地域のヒューマンサービスに甚大な影響をもたらしている。今日の日本の多くの政策やシステムの立案が、一部の都市生活者の視点や想像を越えられず、地方に対する思いやりや配慮に欠けることはしばしば指摘される場所である。高度都市機能を支える中心都市に隠れ、周辺部分では65歳以上の高齢者の割合が50%を超える限界集落が発生し、日常生活を支える中規模都市へのアクセスさえままならない地域が発生している。

もっとも特に高齢者が都市に生活する恩恵は、経済的安定が先立ち、交通機関や都市間の移動が保障される強力な社会支援システムが安価で提供されていることが前提になる。都市化に伴い伝統的な規範や社会文化は崩壊させられ、家族と地域社会による高齢者支援のためのネットワークが壊れかけている。こうした中で高齢者ができるだけ長い期間自主性自立性を持ちながら独立した生活を送れるように支援する体制の整備が必要であり、社会経済的に弱い立場の人を支える社会保護制度が求められている。精神科病院入院者の平均年齢が60歳を超えている今日においては、地域化にとって大切な前提である。

国立社会保障・人口問題研究所の2007年の推計によれば、東京都の人口は、2005年時点では15～64歳の人口は870万人(約70%)を占めているものの、2015年には14万人減少する一方、65歳以上の高齢者は現在の230万人(18.5%)から313万人(24.2%)に膨らむという²⁾。75歳以上の後期高齢者が人口の1割以上の150万人を超え、そのうちの3割が独居で生活する都市の姿を想像しながら対策を打たなければならない。

「孤族」の誕生や「無縁社会」、「おひとりさま」

と呼ばれる社会的孤立を食い止め、単身化、未婚化、少子化が進もうとする社会の中で共生社会を作る工夫が求められている。患者、障害者全体の高齢化、あるいは加齢に伴う新たな問題の発生へも対処することが、自殺者の抑制などさまざまな課題への解決の一助ともなるだろう。

5 地域ケアシステムのあり方

わが国における地域ケアのための資源は、生活施設や就労支援において不十分な点があることは間違いないが、治療環境という意味では格段の進展を認めている。開業診療所は著しく増加し、過当競争さえ目前である。自ら治療を求めることのできる利用者にとっての選択肢の増加を喜びつつも、自らは治療の必要性を常には感じていなかったり、近隣に対して潜在的脅威を感じさせるような言動のある利用者への対応についても前述のように倫理的視点からも課題とされるべきであろう³⁾。

Falloon IRHは英国バッキンガムシャで展開した地域ケアモデルを通じて得た4A (Accessibility, Acceptability, Accountability, Adaptability) を挙げている⁴⁾。

1) Accessibility(アクセスのしやすさ)とは施設へのアクセスのしやすさであり、地理的な問題だけでなくサービス内容のわかりやすさも意味している。しかしながらアクセスのしやすさが過ぎるとデメリットも生じる。例えば、患者が自己対処できるような状態の時でさえも、専門家を受診するような事態が起きる。

2) Acceptability(受容性)とは利用者が、自律性を失わずまたスティグマを感じずに利用可能であり、費用負担に見合うかそれ以上のメリットがあると感じられるサービスであることを求めている。

3) Accountability(説明責任性)という意味では、そのサービスの提供する内容が、経験主義ではなく、きちんとした科学的エビデンスに基づいていることが重要である。地域サービスは、医師患者関係という意味での個人に対してと、より広い意味で社会に対して説明責任を負うべきである。し

たがって介入に関わるスタッフの技量も質的に担保されていることが大事になる。一般ユーザーには理解しづらい高度の専門性を持つサービスにおいては、内容説明の正確さだけでなく、常にエビデンスに基づく最新最良のサービス内容であることを担保していることが表明されている必要がある。

4) Adaptability (適応性)とはサービスの持つ機能的柔軟性を広く指している。特定の障害のある時期にはとても専門性を発揮するが、ほかの障害には全く対応できない施設が地域にあって精神保健サービスの専門機関だと称されても、地域にいる多くの利用者のニーズには応えられない。その意味ではThorncroftらのComprehensivenessとも重複する。新しい治療方法、例えば新薬などに対してはいち早く検討し知識を有するべきであるし、長い間には地域住民の年齢層の変化で疾患やニーズも変わってくるのでそれに応じて変化していく適応力が求められる。

またThorncroft Gら⁵⁾は利用者にとってのサービスの改善に留意すべきポイントとしてthree ACEs (1. Autonomy, Continuity, Effectiveness; 2. Accessibility, Comprehensiveness, Equity; 3. Accountability, Co-ordination, Efficiency)を挙げている。この中でも、Autonomy (自律性)の尊重は特にアウトリーチにおいて重視されるべき視点である。地域サービスにおいては利用者側の自由意思の発揮や意思決定における独立性が保たれていることに十分な注意が払われるべきであろう。症状に応じた訪問とその継続性は重要であるが、度を過ぎると本人の自律性を脅かし、かえってリハビリテーションを妨げることになる。またContinuity (継続性)に対する認識も重要である。サービスの時間的な連続性を意味するだけでなく、同じサービススタッフによる継続性が保たれることにも注意を払う必要がある。今後脱施設化により元の施設から地域の施設への紹介が進むことになろうが、ここではいったん治療の連続性が途切れることになり、医師患者関係も危機に瀕することを念頭に入れておく必要がある⁶⁾。

6 まとめ

3月11日の東日本大震災は、物心両面への粉碎、破壊をもたらしただけでなく、装飾を暴きさまざまな物事の底や本質を露呈させた。社会全体がひとつのシュープを体験したともいえるだろう。

悪夢を振り払うように病前へ復することだけを目指すのではなく、新しい生き方や価値観を見いだしつつリカバリー(復興)を体験する機会として捉えることが大切になる。今日までのわが国の精神科医療を支えてきた精神科専門病院には、地域でも即実践可能なノウハウが内在されているはずだ。究極の対人サービスである医療や保健、福祉にとっての根本原理である連帯や絆の重要性を再認識しながらこれからの地域ケアを考えていきたい。

文献

- 1) 厚生労働省「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書、平成12年12月
- 2) 人口研究所国立社会保障・人口問題研究所：日本の都道府県別将来推計人口 (<http://www.ipss.go.jp/>)
- 3) 水野雅文：“再施設化”しない脱施設化を達成するための地域ケア戦略。最新精神医学10：183-189, 2005
- 4) Falloon IRH, Montero I, Sungur M et al : Implementation of Evidence-Based Treatment for Schizophrenic Disorders: Two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. World Psychiatry 3 : 104-109, 2004
- 5) Thorncroft G, Tansella M : The mental health matrix. Cambridge University Press, Cambridge, 1999
- 6) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編：精神科地域ケアの新展開—OTPの理論と実際—。星和書店, 東京, 2004

特集 その支援は利用者に役立っていますか? : サービスの質をモニターする

第1章 総論: 現場で行っているサービスの有用性や妥当性を日々モニターしていくための基本的な考え方と技術

サービスモニターの考え方

水野雅文

抄録 精神科臨床サービスのような極めて専門性の高い領域において、そのサービスをモニターする機能は、まずはそれを提供する専門職側に求められる。あるサービスがより専門的であればあるほど、素人である一般市民や利用者側にはそのサービスの質を相対化して比較することは非常に困難であり、したがってサービスモニターは専門職の自主努力によって自律的になされるべきである。その結果は専門家間で厳しく査定し、改善向上に努めることこそ専門家の責務であろう。わが国の精神科臨床サービスの現場においても、今後サービス提供者側の努力や成果も取り入れた質の評価が一層行われていくことが望まれる。

精神科臨床サービス 11: 440-443, 2011

キーワード: 精神科臨床サービス, インフォームド・コンセント, 倫理, ガイドライン, 綱領

はじめに

今特集は、提供している支援が、利用者にとってどのように、あるいはどれほどに役に立っているか、という視点で、われわれサービス提供者側が提供しているサービスを「どのようにしてモニタリングできるか」を考えるとというものである。

筆者は、本誌5巻2号の総論で、「精神科臨床サービスの質を高める諸要因」と題して、サービスの質の評価は、誰が、どのようにして行い、いかにして反映されるものかを論じた³⁾。本稿では、前稿との重複をお許しいただきながら、サービスモニターのあり方について、その重要性を、精神科サービスの持つ特殊性を検討しながら考え直したい。

I. 専門職のあり方

「医療サービスのような極めて専門性の高いサービスの質を評価することの意義は、利用者側である一般市民あるいは患者にとってその真価を知ること、あるいは適切な情報を得ての自己決定を可能とすることにさかのぼる。従って質の向上は、基本的にはサービス提供側の努力次第でもあり、また提供者側の倫理の問題ともいえる」。前稿のまとめで、筆者はこのように述べたが、ここであらためてサービス提供者である専門家あるいは専門職のあり方について考えてみたい。

医療サービスの中でも精神科領域のサービス内容は、利用者である一般市民にとっては馴染みのないわかりづらいものである。そもそも病識もない、場合によっては非同意の状況で治療を受けるようなサービス内容も含まれるのであるから、精神科領域のサービス内容こそ普段から手の届くところにわかりやすく明示されるべきである。

たとえば一般的な手術時間や成功率、がん治療後の5年生存率、さらに専門医や指導医といった

みずの まさふみ
東邦大学医学部精神神経医学講座
[〒143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1]

専門性や熟達性の明示は、それ自体が利用者本人の状態に対するサービス内容を示すものではなくても、ある種の客観性を伴ってこれから受けるサービスの質を評価する材料として活かされる。専門職集団が自らの努力において示す治療指針（ガイドライン）や危機対応時の行動規範や日常の倫理綱領なども、利用者の安心材料としては重要である。これらの表明は、基本的には専門職集団の自律性に委ねられているものであり、専門家の自主的努力に基づくものである。ある医師やサービスが、専門職として思わしくない行為や結果に至った場合に、それを専門職にふさわしくないものと判断できるのは、本質的には同等以上の専門知識や技能を有する実務者のみであろう。まさしく非専門家の理解が及ばない問題こそが専門技能たる所以でもある。スーパーマーケットでリングを選ぶことは、腐っていないことを確認する程度なら誰でもできるが、専門店で、行ったこともない国の料理を食べさせられても、それが本物に近いものであるかは信じるしかない。統計パッケージのしてくれる計算は正しいのが前提で論文は執筆されるのであり、その検証は済まされていると思って利用するのが一般利用者である。一般利用者は、専門家は知識と技術の両方をもっており、それを利用者の利益のために活用していると信じるほかないのである。

大事なことは、医療において利用者は基本的に脆弱であり弱い立場にあるという前提であり、専門家側のそのような仮の認識である（仮は、安易なパターンリズムを是とするものではもちろんないことを示したまでである）。新たに精神障害の診断を告げられた当事者や家族は、その症状や今後の転帰、初めての治療やその中で果たすべき役割など、さまざまな目新しい事柄に間違いなく困惑している。そのような中で、素人は専門家を適切に評価する手段を持たない。したがって、専門家はまずもって利他的に振る舞うべきであり、そのことは倫理綱領や行為規範などで示されるべきであろう。

Ⅱ. 医療の質

最近ではインフォームド・コンセントにより患者と医療者が「ともに探し、ともに選び、ともに迷い、ともに背負い、ともに笑う」というシェアード・デシジョン・メイキング (shared decision making) の重要性が強調されている。こうした環境づくりや臨床的姿勢は精神科領域においても重要な視点である。しかし精神科では、強制治療や医療観察法下での診療・治療行為、精神鑑定などの特殊な業務もサービスの一環に含まれる。司法精神医学領域の課題は別としても、患者の病識障害や認知症をはじめとする認知機能障害により、本人意思の確認が困難な場面も多く、実際の臨床では患者の最大利益を前提としつつも、現場においては戸惑う場面の連続である。しかし、精神科の特殊性ばかりを強調していたのでは、いつまでも医療のまま子扱いであり、精神科特例をはじめとするさまざまな差別の撤廃を求めためにも、まずは一般医療の枠組みの中で、取り組まれているサービス内容を確認しておく必要がある。

ここでは筆者が勤務する東邦大学医療センター大森病院における医療安全管理のための指針（平成12年6月15日施行、平成23年5月9日改訂）から、その一部を引用し参照したい⁶⁾。

『医療の質』には、単に無意味な災禍の発生を予防するというだけでなく、人々に適切な医療を提供することを通して、有害な医療行為を行わず、安全で有効な医療による恩恵を享受してもらえることが含まれる。そのためには『人間はエラーをおかす』という前提に基づき、エラーを誘発しない環境や、起こったエラーを糧にして事故を未然に防ぐことができるシステムを組織全体として構築することが必要である。医療は一貫して患者をはじめとした地域社会の視点に立って安全を考えなければならない、エビデンスに基づいた積極的な治療を行い、地域社会の期待に応えられる医療が推進できる病院をめざして努力する必要がある」

として、次の1～6の項目について詳しく述べている。

1. 患者中心の医療の実践
2. 診療情報の共有
3. チーム医療の促進
4. 患者参加の呼びかけ
5. 「医療の質」の経時的調査
6. 「医療の質」の検証

欧米の多くの医療サービスには、“code”と呼ばれる綱領ないし規範とも呼ぶべきものが掲げられていることが多い。これらはもちろん、博愛とか徳といった医療サービスを越えた人道主義の表明であったりする場合もあるが、ここでいう方針・原則とは、各医療サービスにおける行動原理や価値観を表明する具体的な文言を指し、そこに帰属するすべてのスタッフの行為規範となるようなものである。これらの方針・原則は、もちろん施設の組織としての平生におけるあり方を規定するだけでなく、日々のサービス内容の実行手段にまで影響を与えていることが多い。

この種の規範や綱領として、精神科サービスに関連する国際的によく知られるものとしては、1996年のWPAのマドリッド宣言と、アメリカ精神医学会がアメリカ医師会の綱領から転用している綱領⁹⁾が挙げられる。

Ⅲ. 精神科サービスのあり方

このように考えてくると、精神科サービスのあり方については、利用者の声に耳を傾けることの重要性は言うまでもないが、それを受けてやはり専門職やその団体の側からあるべき姿やサービス内容、目指すべき理想について語られる、すなわちサービスモニターがなされることが望ましい。

わが国における精神科病院の同業者団体である社団法人日本精神科病院協会は、平成11年9月に倫理綱領をまとめているが、サービスのあり方などへの言及はない⁷⁾。また、診療所の団体である社団法人日本精神神経科診療所協会は、少なくともネット上では綱領を公表していない。

表1 地域精神保健サービスの発展についての方針(MIND)の要約²⁾

-
1. 地域に根ざしており、アクセスしやすいサービスであること。
 2. 包括的で、利用者のさまざまなニーズに対応できるサービスであること。
 3. いつでも応需する柔軟性を持ち、選択の幅があるサービスが用意されること。
 4. ユーザーサイドのニーズを考慮し、当事者中心のサービスであること。
 5. 治療技能を駆使しながらセルフヘルプ技能を高めるなど、当事者をエンパワーするサービスであること。
 6. 各地の民族や文化に適應してニーズを満たすサービスであること。
 7. 当事者のよい点に焦点を当てたサービスであること。
 8. ノーマライゼーションを目指し、本来の援助を提供するサービスであること。
 9. 身体障害や知的障害などの個別の特定のニーズにあったサービスであること。
 10. 利用者に対して内容の適切さなどの説明責任を果たせるサービスであること。
-

これに対して、より地域特性を考慮した方針として、英国のユーザーのアドボカシーグループである英国精神保健連盟(MIND)²⁾が示す10項目が挙げられる。表1に要約を示す。さらに前稿でも紹介したが、臨床サービスの現場から示されたものとして、Falloon, I.R.H.による英国バッキンガムシャでの臨床研究をもとにした4A(Accessibility, Acceptability, Accountability, Adaptability)について紹介する¹⁾。また、Thornicroft, G.とTansella, M.は3ACEsと名づけた9項目からなる方針を示している⁴⁾。Falloonの4AとThornicroftらの3ACEsには重複する項目があるので、これらを中心に以下にその内容を再掲する。

Accessibility(アクセスのしやすさ): サービス内容のわかりやすさも意味している。サービスへ到達する時間には、距離の意味合いも含まれるが、待ち時間や心理的バリアやスティグマの問題も含まれる。また、時間外受付などの入り口の広いサービスもこれに含まれよう。わが国における精神病未治療期間(DUP)の長さを考慮すると、

一層の改善が望まれる。

Acceptability (受容性)：利用者が、スティグマを感じずに利用可能であり、費用負担に見合うかそれ以上のメリットがあると感じられるサービスであることを求めている。守秘義務はもちろんのこと、スティグマに対する配慮も怠らないことが大事である。

Accountability (説明責任性)：そのサービスの提供する内容が、経験主義ではなく、きちんとした科学的エビデンスに基づいていることが重要である。説明責任は、医師患者関係という意味での個人に対してと、より広い意味で社会に対して負っている。治療ガイドラインの提示や介入に関わるスタッフの技量も質的に担保されていることが大事になる。

Adaptability (適応性)：各障害のさまざまな時期やニーズに応じることができ、さらに、時代の変化や地域のニーズの変化にも適応していけるサービスであることが大事である。その意味では Thornicroft らの Comprehensiveness (包括性) と重複する。新しい治療方法、たとえば新薬などに対してはいち早く検討し知識を有すべきであるし、長い間には地域住民の年齢層の変化で疾患やニーズも変わってくるので、それに適応して変化していく適応力が求められる。

Autonomy (自律性)：利用者側の自由意志の発揮や意思決定における独立性が保たれていることを意味している。たとえば、訪問診療を例にとると、症状に応じた訪問とその継続性は重要であるが、度を過ぎると本人の自律性を脅かし、かえってリハビリテーションを妨げることになる。サービス側にゆとりがあり、提供できる時間帯や方法が固定化したサービス内容ではなく、ニーズに応じた臨機応変なものであることが求められる。

Continuity (継続性)：サービスの時間的な連続性を意味するだけでなく、同じサービススタッフによる継続性が保たれることにも注意を払う必要がある。

筆者は、こうした項目に地域ごとのトレランス

(Tolerance：許容範囲) を併せて考慮する必要があると考えている。精神科サービスや精神疾患・障害に対する地域住民の意識や偏見の程度、さらにサービス施設のみならず住民の住宅環境や社会インフラの在り方により、実行可能なサービスやニーズは異なる。地域のトレランスにふさわしいサービスである必要があろう。

ま と め

モニターの客観化の指標として最近よく用いられてきているものに QI (Quality Indicators：質の指標) の概念が挙げられる。これについては他項を参照されたい。

サービスモニターは、とかくネガティブ・チェック、すなわち欠点や不足点を指摘するための指標を用いがちである。精神科サービスが必要悪ではなく、人類の幸福のための地域医療サービスの一環として認知され受け入れられるためにも、サービス提供者側の努力や苦勞、治療の成果を、指標としてもっと積極的に取り入れ表明する、各サービスの最新のアクティビティが見えるようなモニターが必要だろう。

文 献

- 1) ファルーン, I.R.H., ファッテン, G. (水野雅文, 丸山晋, 村上雅昭ほか監訳)：インテグレイテッド・メンタルヘルスケア：病院と地域の統合をめざして。中央法規出版, 東京, 1997.
- 2) MIND Common Values. London：MIND, 1983.
- 3) 水野雅文：精神科臨床サービスの質を高める諸要因。精神科臨床サービス, 5；151-155, 2005.
- 4) Thornicroft, G., Tansella, M.：The Mental Health Matrix. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
- 5) 東邦大学医療センター大森病院医療安全管理のための指針 (平成23年5月9日改訂版)。東邦大学医療センター大森病院イントラネットから転載。
- 6) <http://www.psych.org/MainMenu/PsychiatricPractice/Ethics/ResourcesStandards.aspx>
- 7) <http://www.nisseikyoo.or.jp/home/about/03soshiki/4rinri.html>